

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

752

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Loetitia CAMILLERI

Née le 19 août 1912, à Alexandrie (Égypte)

Contribution à l'Étude
du
Traitement du Vaginisme de la Ménopause
par les courants de haute fréquence
associés au Traitement opothérapique

Président : M. A. GOSSET, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Loëtitia CAMILLERI

Née le 19 août 1912, à Alexandrie (Égypte)

Contribution à l'Étude
du
Traitement du Vaginisme de la Ménopause
par les courants de haute fréquence
associés au Traitement opothérapique

Président : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRÜMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MÈNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

Il m'est agréable au début de ce modeste ouvrage de témoigner ma reconnaissance à ceux qui m'ont entourée de leur affection, et aidée de leurs conseils.

A ma mère, si tôt ravie à mon amour filial, je dédie cet humble travail, en témoignage de la tendre affection dont elle a su entourer notre enfance.

A mon père à qui je dois de posséder une aussi belle carrière ; qu'il trouve ici toute ma reconnaissance et mon affection.

A mon frère et à mes sœurs, en souvenir de l'affection fraternelle qui combla notre enfance.

A ma sœur le D^r Valda Boulègue, et à mon beau-frère le D^r René Boulègue, qui me guidèrent de leurs conseils durant mes études médicales, en témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A tous les miens, à mes amis, à mes camarades de Faculté et d'Externat, et de la Conférence Pasteur : qu'ils trouvent ici l'expression de ma sincère amitié.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

Grand officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
et de l'Académie des Sciences
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de la Salpêtrière

*Qui fut mon maître dans les Hôpitaux et
me fit le très grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien recevoir l'expression de
ma profonde reconnaissance et de ma res-
pectueuse admiration.*

A MADAME LE DOCTEUR FRANCILLON-LOBRE

Chevalier de la Légion d'honneur
Ancien interne des Hôpitaux
Médecin de la Consultation de Gynécologie de la Salpêtrière
(Service du Professeur Gosset)

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous guida de ses conseils.*

*Avec l'expression de notre respectueuse
gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR GOSSET
M. LE DOCTEUR CHABROL
M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER
M. LE PROFESSEUR FIESSINGER
M. LE DOCTEUR WEIL-HALLÉ

Externat :

M. LE DOCTEUR HOUDARD
M. LE DOCTEUR CAPETTE
M. LE DOCTEUR FAROY
M. LE DOCTEUR CLEISZ
M. LE DOCTEUR ROUGET

Contribution à l'Étude du Traitement du Vaginisme de la Ménopause par les courants de haute fréquence associés au Traitement opothérapique

Introduction.

Le vaginisme se caractérise essentiellement par une hyperesthésie douloureuse de la vulve et du vagin et par une contracture réflexe, spasmodique, des différents muscles qui constituent le sphincter de la vulve.

Le vaginisme s'observe assez fréquemment chez la femme jeune. Dans ce cas, la vaginite est le plus souvent due à l'infection gonococcique.

Nous nous proposons d'étudier ici les accidents semblables observés à la ménopause, par suite de l'atrophie consécutive à la castration naturelle ou chirurgicale. Cette atrophie produit un rétrécissement de l'orifice vulvaire, qui peut se compliquer de vaginite, par infection surajoutée, ou de vaginisme, par contracture des releveurs de l'anus. Ces trois lésions, quelquefois isolées, sont souvent associées.

Nous voudrions, dans ce travail, exposer surtout les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition actuellement : les courants de haute fréquence sous forme d'effluves, associés au traitement opothé-

rapique. Tels qu'on les pratique à la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière, dans le Service du Professeur Gosset, à la consultation de gynécologie dirigée par M^{me} le Docteur Francillon-Lobre ; c'est là que nous avons recueilli ces observations.

Etiologie et Pathogénie.

Le vaginisme s'installe le plus souvent chez des femmes d'une grande irritabilité nerveuse. Il survient sur un terrain prédisposé, neuro-arthritique, particulièrement fréquent à la ménopause, où s'observent si souvent des troubles nerveux.

Le terrain ne suffit pas toutefois à tout expliquer, et pour se développer le vaginisme exige encore l'apparition de causes locales, dont l'importance est au moins aussi grande.

Normalement, la muqueuse vaginale, grâce à sa structure, protège suffisamment le vagin contre les innombrables microbes qui y pullulent.

La muqueuse, atrophiée après les nombreuses congestions (menstrues, grossesses, accouchements et irritations) qu'elle a subies pendant sa vie génitale, se trouve en état de moindre résistance, et se laisse plus facilement infecter par les germes qui étaient inoffensifs.

La vaginite peut être secondaire à une lésion de voisinage, vulvite ou métrite, qui se propage par la continuité des muqueuses. Cette infection est favo-

risée par l'atrophie de l'appareil génital, consécutive à la ménopause.

La vaginite peut être primitive, et provenir de l'exagération de la virulence des microbes normaux du vagin. Cette vulvo-vaginite sera à la base du vaginisme.

Cette affection trouve un lieu de fixation sur la muqueuse vaginale, qui, au moment de la ménopause, subit des transformations la mettant en état de réceptivité à l'égard de l'invasion microbienne. Après la ménopause, les organes génitaux de la femme s'atrophient. Cette atrophie porte à la fois sur l'utérus, le vagin et la vulve.

Le calibre du vagin se rétrécit, l'orifice vulvo-vaginal est étroit et rigide, les petites lèvres sont atrophiées.

La muqueuse vaginale est amincie et fragile, les rides disparaissent. Sur la paroi rougeâtre on voit parfois des zones blanchâtres scléreuses et des brides vaginales. Lorsque sur ces lésions trophiques se surajoute une infection banale, on voit apparaître une vaginite trophique (Douay).

Dans ce cas, les brides, l'atrésie vulvo-vaginales, déterminent le vaginisme tardif, avec douleurs provoquant un spasme réflexe.

Anatomie pathologique.

La vaginite de la ménopause présente un aspect particulier.

La paroi vaginale est atrophiée, pâle, les plis ont tendance à disparaître. Le revêtement épithélial est aminci, ou détruit, laissant voir des saillies dont le centre se ramollit et s'ulcère, amenant souvent la formation de brides, d'adhérences et de rétrécissements du vagin.

Dans le derme, on note la présence de tissu scléreux, décrivant sur la paroi des zones blanchâtres qui contribuent aussi au rétrécissement.

Etude clinique.

Dans sa forme habituelle, le vaginisme se caractérise par une hyperesthésie plus ou moins accusée de la vulve, et par de la contracture des muscles qui entourent et qui ferment le vagin.

L'hypéresthésie de la vulve est rarement spontanée, elle se réveille seulement à l'occasion du coït, ou encore sous l'influence du moindre frôlement, ou de tout autre contact.

Dans quelques cas, indépendamment de crises douloureuses qui reviennent seulement à l'occasion des tentatives de coït, la malade présente encore d'autres manifestations névralgiques, dans la sphère génitale, ou à distance. Parfois, en plus de son vaginisme, la malade se plaint de ténésme vésical, de coccygodynie, ou de névralgies pelviennes, plus ou moins étendues.

La vaginite de la ménopause, se manifeste par des pertes grisâtres, sales, assez abondantes, fétides. L'examen montre une muqueuse uniformément rouge, saignante, dont les rides et les plis sont peu accusés. Quelquefois, existent des brides transversales, retenant les sécrétions, et augmentant l'inflammation. On peut voir également, des érosions entourées de

membranes grisâtres, sur une muqueuse rouge, lisse, facilement saignante. Cette vaginite s'accompagne souvent de vives démangeaisons, quelquefois de cuisson assez pénible, se faisant sentir à l'orifice du vagin, et plus profondément sur toute son étendue.

Sa vaginite trophique, est liée à l'atrophie sénile de l'appareil génital, qui se traduit par une rétraction sclérosante de la vulve, du vagin, et de l'utérus. Elle se produit avec une égale fréquence, après la ménopause naturelle, la castration chirurgicale, ou sous l'influence des rayons X. Peu importante à son début, cette atrophie peut provoquer par la suite, au niveau de la vulve, le kraurosis vulvae ; au niveau du vagin, la rétraction vaginale et le rétrécissement circulaire du vagin. A ces lésions atrophiques, peut s'ajouter une infection, donnant lieu à la vulvo-vaginite trophique. Se traduisant cliniquement par de la leucorrhée, pertes blanchâtres, plus ou moins fétides, quelquefois légèrement sanguinolentes, ou bien, ce sont des sécrétions purulentes et fétides. Ces pertes irritantes provoquent un prurit intense. Elles s'accompagnent d'une sensation de brûlure, de cuisson, et la muqueuse vaginale est sensible au contact.

A l'examen, l'orifice vulvaire est rouge, et très sensible au toucher. Le vagin est également rouge, et saignant facilement. On peut voir par places, des zones blanchâtres, scléreuses avec tendance au rétrécissement du calibre vaginal, ou à la formation de brides transversales. Parfois, ces brides sont circulaires ou falciformes. Si on les incise, elles se refor-

ment en général assez promptement. Les mucosités s'accumulent sur leur face supérieure, et il en résulte des vaginites chroniques localisées.

VAGINITE TROPHIQUE ET VAGINISME.

La vaginite trophique, inflammation se greffant sur une muqueuse atrophiée, amincie et fragile, pourra être le point de départ du vaginisme.

Les pertes, purulentes ou non, irritent la vulve et occasionnent du prurit vulvaire, et par la suite, des ulcérations.

La muqueuse vaginale irritée, est très sensible. Les ulcérations peuvent être le point de départ d'une douleur vive, qui, par réflexe, donnera du vaginisme.

Le vaginisme se compose de deux éléments : hyperesthésie et contracture. La contracture, se manifeste sur le constricteur de la vulve, si l'hyperesthésie siège à l'orifice génital externe. Elle porte sur le releveur de l'anus, lorsque la sensibilité réside au fond du vagin. Mais le plus souvent, les deux muscles se tétanisent en même temps, quel que soit le point de départ du réflexe.

L'étroitesse de l'orifice vaginal due à l'atrophie vulvaire de la ménopause, le spasme du constricteur vulvo-vaginal, rendent les rapports douloureux et l'examen presque impossible. Le vaginisme s'accompagne parfois de prurit, ce qui entraîne, par grattage, des ecchymoses, des érosions, des ulcérations et des

suintements désagréables, masquant parfois la lésion causale.

La leucorrhée entretient la vulvo-vaginite, d'où l'intérêt de commencer par traiter celle-ci.

L'examen, qu'il faut toujours pratiquer avec beaucoup de douceur, montre l'orifice vulvaire rouge, et souvent de petites érosions, très sensibles au contact.

Le spéculum, qui doit être petit, pénètre difficilement et laisse voir une muqueuse rouge, qui, déplissée, fait sourdre de petites gouttes de sérosité ou même de sang.

Les vaginites trophiques après la ménopause, s'accompagnant de spasme, sont justiciables du traitement par les courants de haute fréquence, sous forme d'effluation.

VAGINITE ESSENTIELLE.

On observe quelquefois une forme spéciale de vaginite, en dehors de tout processus infectieux. Ces vaginites se caractérisent par une sensation de brûlure, de cuisson, presque continue, avec rougeur très vive de la muqueuse, sans suintement excessif. Elle s'accompagne parfois de prurit.

Ces vaginites sont d'origine inconnue ; mais elles semblent cependant bien être dues à la suppression de la fonction ovarienne. La disparition de la ponte ovulaire et du flux menstruel, entraîne en même temps la suppression de sa sécrétion interne.

Cette sécrétion de l'ovaire a une action antitoxique. L'accumulation d'une toxine particulière à la ménopause serait le point de départ de l'irritation de la muqueuse vaginale et du prurit. D'où l'intérêt du traitement opothérapique, qui, en rétablissant l'équilibre endocrinien déficient, fait disparaître ces troubles.

VAGINISME ESSENTIEL.

Le vaginisme essentiel ne coexiste avec aucune lésion locale primitive, et est en général très rebelle.

La plupart de ces malades sont de grandes nerveuses, des neurasthéniques. Le vaginisme peut être déterminé par l'appréhension des rapports antérieurs trop douloureux. La contracture peut s'étendre jusqu'aux adducteurs, rendant tout examen impossible.

Ce vaginisme peut encore s'observer chez des femmes ayant subi une intervention pour fibrome, annexite chronique, ou suppuration pelvienne ; elles se sont persuadées qu'après l'intervention elles ne sont plus femmes. On ne saurait trop lutter contre cette auto-suggestion, et rassurer ces malades.

Or, lorsqu'on examine ces patientes, qui prétendent que même l'introduction de la canule leur est insupportable, on constate que l'exploration vaginale se fait avec la plus grande facilité si on a le soin de distraire l'attention de la malade pendant l'examen. Celui-ci ne révélera absolument rien d'anormal.

EVOLUTION DU VAGINISME.

Le pronostic du vaginisme, est en raison inverse des lésions qui l'occasionnent. On aura difficilement raison, d'un vaginisme qui n'est provoqué par aucune lésion, et dû, uniquement au psychisme de la malade.

Si ce vaginisme est occasionné par une lésion locale, l'évolution n'est pas toujours la même ; si la lésion est guérie, les troubles nerveux s'atténuent, et le spasme cède progressivement.

Lorsque les lésions sont anciennes, elles se compliquent d'un élément psychique, qui rend la guérison plus incertaine. L'effluation donnera dans ce cas, les meilleurs résultats.

Traitement.

Parmi les nombreuses méthodes thérapeutiques utilisées, deux retiendront notre attention.

Les courants de haute fréquence.

Le traitement opothérapique.

HAUTE FRÉQUENCE.

Les courants de haute fréquence, sans forme d'effluvation, diminuent la leucorrhée, et calment le prurit. Ils cicatrisent les ulcérations, et excitent la vitalité des tissus.

Mme le Dr Francillon-Lobre et le Dr Rouché, dans le *Bulletin médical*, du 18 février 1925, ont étudié l'action des effluves de haute fréquence; et ont conclu, que les effluves produisent un appel leucocytaire agissant sur l'élément microbien. Elles modifient profondément la vascularisation capillaire locale. Les sécrétions deviennent de plus en plus fluides, avant de disparaître à la fin du traitement. Les courants de haute fréquence amènent également la disparition du spasme, comme ils font cesser la sténose du col utérin.

Les effluves ont également des effets sédatifs, analgésiques et anesthésiques. Ces effets doivent être attribués à une action des courants sur les extrémités nerveuses, conduisant à une diminution de l'excitabilité, et à une inhibition du système nerveux sensitif.

En cas de vaginisme, les effluves calment la douleur causale, et l'excitabilité des nerfs sensitifs de la région hyperesthésiée. Leur effet est nettement décongestionnant. La contracture de défense et les réflexes, sont abolis secondairement.

Pour Laguerrière et Léonard, « les courants de haute fréquence modifient la trophicité et la circulation de la région traversée, excitent la vitalité cellulaire, et souvent il y a une action analgésique. Ils intéressent en moindre proportion l'ensemble de l'organisme : régularisation de la nutrition, de la diurèse, des excréta urinaires, de l'élimination des toxines, de la circulation générale ».

Bar et Budin, en 1910, avaient observé des guérisons rapides de vaginisme par les courants de haute fréquence.

Pour l'application, on se sert d'une électrode en verre, tube à vide cylindrique.

Au cours de la séance on déplace le tube sur toute la surface de contact du vagin, pour que la surface totale de la muqueuse, des culs-de-sac soient soumis à l'action des effluves. On donnera en même temps au tube, des mouvements de latéralité, de circumduction, pour que chaque rétrécissement ou tout le

calibre du vagin subisse une légère dilatation. On terminera la séance en passant l'électrode sur les grandes lèvres, ce qui a pour effet de calmer le prurit qui accompagne souvent le vaginisme.

La séance dure de 5 à 10 minutes, et sera répétée tous les deux jours. Le nombre de séances varie suivant la nature, la gravité, et suivant les réactions plus ou moins vives de la maladie.

Généralement le traitement comporte 18 à 20 séances ; mais quand l'affection est rebelle, on suspend le traitement pendant une dizaine de jours, et on refait une nouvelle série.

Après la séance on déterge la muqueuse vaginale et le col utérin avec un tampon imbibé d'une solution d'acide picrique à 1 pour 100.

Pendant la durée du traitement il faut conseiller le repos sexuel le plus absolu, faute de quoi les résultats ne seraient pas du tout ceux que l'on attendait.

OPOTHÉRAPIE.

L'emploi d'extrait ovarien, pour lutter contre les conséquences d'une ménopause, chirurgicale ou physiologique, n'est pas de date récente ; il remonte à 1893. L'extrait ovarien agit en rétablissant l'équilibre endocrinien troublé par l'absence de sécrétion ovarienne.

Jusqu'à ces dernières années on employait la poudre d'ovaire total. Actuellement, on a recours essentiellement à la folliculine, hormone principale de l'ovaire.

Expérimentalement, chez l'animal castré, l'hormone

folliculaire est capable de remplacer la sécrétion interne de l'ovaire, aussi bien, en ce qui regarde les phénomènes se rattachant directement au tractus génital, qu'en ce qui concerne le maintien d'un métabolisme normal, et les caractères sexuels secondaires.

Injectée à la femme aménorrhéique ou castrée, la folliculine déclanche au niveau de la muqueuse utérine, les modifications du cycle œstral, vérifiées histologiquement par Zondek et qui correspondent habituellement à ce qu'on constate à la période du corps jaune.

La folliculine n'agit pas uniquement sur la muqueuse utérine, mais aussi sur l'appareil génital externe, atrophie par la ménopause. D'où l'intérêt de son emploi contre le vaginisme à cet âge.

Les travaux actuels ont mis en avant la mise en pratique à côté des folliculines tirées de l'ovaire, de la folliculine cristallisée tirée de l'urine des juments pleines.

Les solutions huileuses sont plus efficaces à cause de leur résorption plus lente. A la consultation de la Salpêtrière, Mme le Dr Francillon-Lobre prescrit la folliculine sous forme de *solution huileuse de benzoate de di-hydro folliculine cristallisée* dosée de sorte que 1 milligramme corresponde à 10.000 internationales.

On fait deux injections par semaine, par la voie sous-cutanée profonde, pendant un mois. Généralement cette dose suffit à faire disparaître les troubles. Si ceux-ci persistent, on peut, sans inconvénient, rap-

procher les piqûres et en faire trois par semaine jusqu'à disparition des troubles observés par les malades.

Les doses à employer sont variables. S'il s'agit de traiter uniquement un vaginisme simple, on utilisera 10.000 unités internationales, soit 1 milligramme par injection. Si au vaginisme s'ajoutent une vaginite intense et des bouffées de chaleur, on atteindra plus sûrement le résultat en employant 50.000 unités internationales par injection.

Le traitement opothérapique exige qu'on surveille la malade. L'ovariothérapie, en effet, entraîne parfois un abaissement de la tension artérielle, d'où la nécessité de suivre celle-ci.

Observations.

OBSERVATION I

Mme L. M..., âgée de 44 ans, vient à la consultation de la Salpêtrière pour des pertes blanches irritantes et parce que les rapports sont devenus très douloureux. Elle présente aussi des brûlures accompagnant chaque miction, depuis dix ans, et des crises douloureuses de cystites.

Antécédents : elle a eu un enfant, pas de fausse couche.

A subi une hystérectomie pour salpingite double, il y a vingt ans.

A l'examen : on constate des lésions de vaginite. Le spéculum montre un col rouge.

On institue un traitement comprenant :

Des pansements picriqués, des injections à l'eau de guimauve.

Des effluves vaginales, et une injection par semaine de 10.000 unités internationales de benzo-gynœstryl.

La malade est guérie au bout de six semaines, soit après 18 séances d'effluves et 60.000 unités de benzoate de dihydro-folliculine

OBSERVATION II.

Mme F. H..., âgée de 70 ans, vient consulter pour des brûlures vulvaires et des pertes.

Pas de troubles urinaires ni digestifs.

Le toucher vaginal montre :

Une atrophie vaginale, accompagnée de vaginite.

Un utérus petit, atrophié.

Au spéculum on constate que le col est sain, mais saignant un peu.

On prescrit : des pansements picros, de la pommade Nestosyl, des effluves vaginales, une injection par semaine de 10.000 unités de Benzo-gynœstryl.

OBSERVATION III.

Mme Ae..., âgée de 43 ans, vient consulter pour du prurit vulvaire, des pertes jaunes et rosées, quelques rares métrorragies légères; pas de troubles urinaires; n'est pas réglée depuis un an.

Le toucher vaginal, difficile à pratiquer, montre un utérus bien placé et scléreux, un col sain.

On prescrit des injections à l'eau de guimauve, des effluves vaginales, et une injection hebdomadaire de 10.000 unités de benzo-gynœstryl.

OBSERVATION IV

Mme H. D..., âgée de 32 ans, vient consulter parce que depuis qu'elle a subi une hystérectomie subtotale en février 1937 présente des brûlures vaginales et du prurit. Des rapports particulièrement douloureux. Des pertes fétides, jaunes.

L'examen au spéculum, difficile, montre une muqueuse vaginale et un col rouges; l'existence de pertes abondantes.

On lui prescrit deux injections par jour à l'eau de guimauve, des effluves vaginales et une injection par semaine de benzo-gynœstryl à 10.000 unités internationales.

OBSERVATION V

Mme P. A..., âgée de 49 ans, vient consulter pour des brûlures vaginales et du prurit apparus après sa ménopause qui remonte à deux ans. Elle a également des pertes blanches abondantes.

L'examen montre un utérus scléreux, en position normale, des culs-de-sac souples, un col de métrite.

Le traitement institué comprend des injections à l'eau de guimauve, des effluves vaginales, une injection par semaine de benzo-gynœstryl à 10.000 unités internationales.

OBSERVATION VI

Mme R. M..., âgée de 26 ans, a subi une hystérectomie subtotale à 24 ans, depuis elle a des pertes blanches abondantes, des brûlures, et des cuissons dans le vagin. Des mictions fréquentes et douloureuses.

Elle n'a pas eu d'enfant ni de fausses couches.

L'examen montre un vaginisme intense, le toucher même à un doigt est impossible.

On prescrit des injections à l'eau de guimauve des effluves vaginales et une injection par semaine de benzo-gynœstryl à 10.000 unités internationales.

OBSERVATION VII

Mme P. H..., âgée de 48 ans, vient consulter pour des douleurs vulvo-vaginales et des rapports douloureux, des pertes peu abondantes.

Règles absentes depuis un an.

Elle est très nerveuse, à des bouffées de chaleur.

L'examen montre des lésions de vulvo-vaginite, un vagin spasmé.

On prescrit une injection par jour d'eau de guimauve additionnée d'une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue, des effluves vaginales et deux injections par semaine de benzo-gynœcystyl à 40.000 unités internationales.

OBSERVATION VIII

Mme L. R..., âgée de 52 ans, vient consulter pour des douleurs abdominales à droite et à gauche, des pertes blanches et des douleurs de cystite. Elle est ménopausée depuis trois ans. Elle se plaint également d'étourdissements, de vapeurs, de rougeur de la face après les repas et la nuit.

Antécédents. — Elle a eu 5 enfants et une fausse couche.

Le toucher vaginal montre un très petit utérus, du vaginisme et un col de métrite.

On prescrit des pansements picriqués, des effluves vaginales et une injection par semaine de benzo-gynœcystyl à 50.000 unités internationales.

OBSERVATION IX

Mme M. A..., âgée de 57 ans, vient consulter pour des douleurs très intenses, à type de brûlures violentes pendant ses relations sexuelles, et se prolongeant. Elle se plaint également de brûlure vulvaire et de pertes blanches peu abondantes.

Le toucher vaginal, difficile à cause du vaginisme, montre l'existence d'une rétroversion, les culs-de-sac sont libres.

On prescrit des injections de guimauve. Deux injections par semaine de benzo-gynœstryl à 10.000 unités internationales et des effluves vaginales.

OBSERVATION X

Mme R. S..., âgée de 34 ans, a subi une hystérectomie sub-totale à 30 ans. Elle vient consulter pour des pertes blanches abondantes, des brûlures à la miction, des étourdissements, des bouffées de chaleur, des rapports très douloureux.

Antécédents : pas d'enfants, une fausse couche.

Le toucher vaginal difficile montre des lésions de vaginite. L'introduction du spéculum est impossible.

Le traitement institué comprend :

des pansements à l'argyrol,

des effluves vaginales et,

1 injection par semaine de benzo-gynœstryl à 50.000 unités internationales.

La guérison est obtenue au bout de quatre semaines, soit après l'administration de 200.000 unités de folliculine et 12 séances d'effluves : on termine néanmoins la série comprenant 18 séances.

Conclusions.

Le vaginisme associé à la vaginite est une complication relativement fréquente de la ménopause, tant chirurgicale que physiologique, et se développant sur un terrain prédisposé, neuro-arthritique.

Le vaginisme résulte du déséquilibre endocrinien dû à la suppression chirurgicale ou physiologique des ovaires.

Par la suite, des troubles trophiques se surajoutent, conduisant à l'atrophie les divers organes de l'appareil génital.

Dans certains cas, aucune lésion, aucune cause apparente n'explique le vaginisme, ce sont les cas les plus rebelles au traitement, car il est dû au déséquilibre nerveux.

Le traitement est à la fois local et général.

Local, comprenant des injections émollientes, mais surtout des courants de haute fréquence sous forme d'effluves vaginales.

Général, opothérapie ovarienne sous forme de solution huileuse de benzoate de di-hydro-folliculine cristallisée, dosée de sorte que 1 mgr. corresponde à 10.000 unités internationales.

Vu : le Doyen,
Pour le Doyen : l'Assesseur,
A. BEAUDOUIN.

Vu : le Président de la thèse,
A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

(DEPUIS 1900).

Aragon. — Caractères psychiques au vaginisme (Rev. de l'hypnot. et psychol. physiol., Paris, 1900-1901, XV, 334-345).

Audry (C.). — Sur les dyspareunies vulvo-vaginales (le faux et le vrai vaginisme) (Province Médic. Paris, 1913, XXIV, 191).

Billinkin. — A propos du vaginisme (Bull. off. Soc. franç. d'électrothérapie. Paris, 1903, XI, 185).

Bloch (G.). — Note sur un cas de vaginisme traité et guéri par les courants de haute fréquence (Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothérapie. Paris, 1903, XI, 183).

Budin (P.). — Orifice vaginal et vaginisme (Bull. Soc. d'obstétrique de Paris, 1905, VIII, 296-298).

— Orifice vaginal et vaginisme (Berlin, Klin. Wochens., 1905, XLII, 834).

— La membrane hymen et le vaginisme (Rev. génér. de chim. et de thérapeutique. Paris, 1905, XIX, 372).

Dalché. — Le vaginisme, ses causes, ses symptômes et son traitement (J. de méd. int. Paris, 1904, VIII, 169-171).

Deniker et Meurs. — Les courants de haute fréquence ou de d'arsonvalisation (Gynécologie, Paris, 1928).

Duthel (L. G.). — Psycho physical treatment of vaginismus (Wien. Klin. Wehnschr., 43, 484-485, 11 avril 1929).

Doléris. — Les vaginites (La Gyn., mars-mai 1908).

Douay. — Gynécologie. Paris, 1928.

Francillon-Lobry (Mme) et Rouché. — Bulletin médical des 18 e
21 février 1925 et du 13 juin 1936).

Funch-Brentano. — De l'emploi du ballon Champetier de Ribes
dans le traitement du vaginisme (Ann. méd. de chir.
Dour., 1913, XXI, 177).

Gasne (E.). — Le vaginisme (La Consultation, juin, n° 26,
p. 91).

Gasquet (P.). — Du vaginisme rebelle traité par l'hémanothérapie
(II^e Congrès de la Soc. franç. de Gyn. Luxeuil 3-4
5 juin 1933 (Revue franç. de gyn., août 1933).

Gravagna. — Vaginisme da vegetazioni vulvo-vaginali in donna
garrula (Rassegna internaz. d. med. mod. Catania,
1901-1902, III, 204-206).

Jennings (W.-B.). — Report of a case of vaginismus in a woman
sixty-six years of age (Ann. Pract. M. Y., 1912, XLVI,
413-415).

Knopf (O.). — Causes and treatment of vaginismus (Monatschr.
ungar med. Med., 3, 12-16, 1929).

Kohl (J.). — Vaginismus (M. Albany, M. Herald, 1901-1902,
XXI, 915).

Kolischer (G.). — Pseudo-vaginismus (Ann. J. Obst. (M. Y.,
1903, XLVIII, 821-823).

Laguerrière (A.). — Le traitement électrique du vaginisme
(Bull. off. Soc. d'électr., Paris, 1903, X, 244-252).

La Torre (F.). — Poche considerazioni intorno al vaginismo
(Clin. Ost. Roma, 1914, XIII, 530-538).

Lynds (J. G.). — Vaginismus (J. Mich. M. soc. Détroit 1905, IV,
125).

Marion (Sims). — Obstet. trans. Londres, 1862.

Reder. — The treatment of vaginismus (The Journal Amer. of
Obst. and Gyn., mars 1928, p. 420).

Richelot. — Sur l'étiologie du vaginisme (Bull. et mém. Soc. de
chir. de Paris, 1908, XXXIV, 1086-1092).

Siredey (A.). — Le pseudo-vaginisme (Journal de méd. et chir.,
10 oct. 1927, 685).

Verchere. — Traitement du vaginisme (Med, mod. Paris, 1900,
XI, 97).

Guy Laroche. — Opothérapie endocrinienne, 1933.

Léopold Lévy. — Opothérapie endocrinienne, 1934.

2986. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 11-1938
